

Please circle the questions you would like to add back your site's Ped. Health Assessment.

FHASES ID #: _____

Site: _____

Cohort: _____

Service location: _____

Employer: _____

Employer phone: _____

Emergency Contact: Name: _____ Phone _____

Date moved to address: _____

Explain 911

Explain clinic services

Weight: _____ Height _____ BMI % _____

¿Tiene un historial de enfermedad en su familia como diabetes, hipertension, ataque de corazón u otro? **No/ Sí** (if yes): ¿De que enfermedad?

¿Su niño(a) tiene alguna alergia a medicinas, comida o a ciertos animales? (allergies) **No/ Sí**

Para niños de 0 a 7 años: ¿Usted cepilla a los dientes de su niño(a) y le pasa hilo dental todos los días? (parent brushes teeth) **No/ Sí**

Para niños de 8 a 11 años: ¿Su niño(a) se cepilla los dientes y se pasa hilo dental todos los días? (brush teeth) **No/ Sí**

For children age 6 months-4 years: ¿En los últimos 6 meses, ha recibido su niño(a) un tratamiento de fluoruro dental? (fluoride < 6 months) **No/ Sí** *If yes, document date. DATE : mm / dd / yyyy

Para niños de 6 a 9 años: ¿El dentista ha puesto el sellador dental a los dientes de su hijo? (dental

¿Cómo se protege su niño(a) de los pesticidas? (Can patient name 2 methods of pesticide safety?) **No/ Sí**

¿Su niño(a) come frutas y verduras al diario? (daily fruits and veggies) **No/ Sí**

¿Su niño(a) hace actividades físicas todos los días? (daily exercise) **No/ Sí**

¿Cuánto tiempo pasa su hijo en la tecnología?

You can also add additional health ed topics to the form.